

RECEIVED & FILED

TO WHOM IT MAY CONCERN:

2020 JAN 22 PM 4: 18

CLERK'S OFFICE  
U.S. DISTRICT COURT  
SAN JUAN, P.R.

I am submitting documentation on a REPLICA related to the Case No. 17 BK 3283-LTS appointed at the UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO.

I understand that the dateline was January 14, 2020, but I am hoping that you accept my REPLICA based on some facts:

These are legal matters for which I have no knowledge or experience. I looked for ways and means to comply with the dateline, but it was not possible.

When I finally found a person who could help me, we were going through the events of earthquakes that hit the south of Puerto Rico. I live in the municipality of Villalba, which is in the south central part of the island and the earthquakes and aftershocks affected us.

I expect that you understand my situation and accept my REPLICA.

Thank you,

  
Sonia González Cintrón

January 21, 2020

**TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DISTRITO DE  
PUERTO RICO**

***In re Commonwealth of Puerto Rico, Case No. 17 BK 3283-LTS***

SONIA GONZÁLEZ CINTRÓN

PROMESA

11032 URB. MONTE BELLO

Título III

CALLE 1 SOLAR B8

Núm. 17 BK 3283-LTS

VILLALBA, PR 00766

No. de Reclamación:

787-486-0027

135983

[josesantini40@gmail.com](mailto:josesantini40@gmail.com)

RÉPLICA A LA **CENTÉSIMA** CUARTA OBJECCIÓN GLOBAL (NO SUSTANTIVA) DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO COMO EMPLEADO DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO EN RECLAMO DEL AUMENTO SALARIAL DE LA LEY 89 DE 1979 (ROMERAZO), A PARTIR DEL 1980 HASTA EL 2006.

En junio de 2018, se sometió el Formulario Oficial 410 Modificado reclamando salarios impagos en mi empleo anterior como enfermera en el Departamento de Salud de Puerto Rico por servicios prestados y que no fueron pagados.

Durante su gobernación, el gobernador Carlos Romero Barceló aprobó una ley (Ley 89 del 12 de julio de 1979) que concedía un aumento salarial a los empleados del Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico de \$100.00 mensuales.

Este aumento nunca se pagó.

Durante el término de esa ley (1980-1997), yo era empleada del Departamento de Salud. De acuerdo con mis cálculos, el período comprende 17 años a \$1,200.00 por año, lo que representa \$20,400.00 a los que tengo derecho.

Se estima la siguiente cantidad adeudada:

\$1,200.00 del año escolar 1980-1981

\$1,200.00 del año escolar 1981-1982

\$1,200.00 del año escolar 1982-1983

\$1,200.00 del año escolar 1983-1984

\$1,200.00 del año escolar 1984-1985

\$1,200.00 del año escolar 1985-1986

\$1,200.00 del año escolar 1986-1987

\$1,200.00 del año escolar 1987-1988

\$1,200.00 del año escolar 1988-1989

\$1,200.00 del año escolar 1989-1990

\$1,200.00 del año escolar 1990-1991

\$1,200.00 del año escolar 1991-1992

\$1,200.00 del año escolar 1992-1993

\$1,200.00 del año escolar 1993-1994

\$1,200.00 del año escolar 1994-1995

\$1,200.00 del año escolar 1995-1996

\$1,200.00 del año escolar 1996-1997

Cantidad adeudada estimada: \$20,400.00



Sonia González Cintrón

## Evidencia de Reclamación

12. Is this claim subject to a right of setoff? <i>¿La reclamación está sujeta a un derecho de compensación?</i>	<input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Identify the property. <i>Si, identifique el bien:</i> <u>Deuda de Rencerazo - Ley 89</u>
13. Is all or part of the claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9)? <i>¿La reclamación, total o parcial, cumple los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b)(9) del U.S.C.?</i>	<input type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Indicate the amount of your claim arising from the value of any goods received by the debtor within 20 days before the Petition Date in these Title III case(s), in which the goods have been sold to the debtor in the ordinary course of such debtor's business. Attach documentation supporting such claim.  <i>Si, indique el importe de la reclamación que surge del valor de cualquier bien recibido por el deudor dentro de los 20 días anteriores a la fecha de inicio en estos casos del Título III, en el que los bienes se han vendido al deudor en el transcurso normal de los negocios del deudor. Adjunte la documentación que respalda dicha reclamación.</i>

<b>Part 3 / Parte 3:</b>	
<p>The person completing this proof of claim must sign and date it. FRBP 9011(b).</p> <p>If you file this claim electronically, FRBP 5005(a)(2) authorizes courts to establish local rules specifying what a signature is.</p> <p>La persona que completa esta evidencia de reclamación debe firmar e indicar la fecha. FRBP 9011(b).</p> <p>Si presenta esta reclamación de manera electrónica, la FRBP 5005(a)(2) autoriza al tribunal a establecer normas locales para especificar qué se considera una firma.</p>	<p>Check the appropriate box / Marque la casilla correspondiente:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> I am the creditor. / Soy el acreedor. <input type="checkbox"/> I am the creditor's attorney or authorized agent. / Soy el abogado o agente autorizado del acreedor. <input type="checkbox"/> I am the trustee, or the debtor, or their authorized agent. Bankruptcy Rule 3004. / Soy el síndico, el deudor o su agente autorizado. Norma de quiebra 3004. <input type="checkbox"/> I am a guarantor, surety, endorser, or other codebtor. Bankruptcy Rule 3005. / Soy el garante, fiador, endosante u otro codeudor. Norma de quiebra 3005.</p> <p>I understand that an authorized signature on this Proof of Claim serves as an acknowledgment that when calculating the amount of the claim, the creditor gave the debtor credit for any payments received toward the debt.</p> <p>Comprendo que una firma autorizada en esta Evidencia de reclamación se considera como un reconocimiento de que al calcular el importe de la reclamación, el acreedor le proporcionó al deudor crédito para todo pago recibido para saldar la deuda.</p> <p>I have examined the information in this Proof of Claim and have a reasonable belief that the information is true and correct.</p> <p>He leído la información en esta Evidencia de reclamación y tengo motivos razonables para suponer que la información es verdadera y correcta.</p> <p>I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct. / Declaro bajo pena de perjurio que lo que antecede es verdadero y correcto.</p> <p>Executed on date / Ejecutado el <u>6-21-2018</u> (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)</p> <p>Signature / Firma <u>Sonia González CINTRÓN</u></p> <p>Print the name of the person who is completing and signing this claim / Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona que completa y firma esta reclamación:</p> <p>Name <u>Sonia</u> <u>González</u> <u>Cintrón</u> First name / Primer nombre Middle name / Segundo nombre Last name / Apellido</p> <p>Title / Cargo <u>Enfermera Retirada</u></p> <p>Company / Compañía _____ Identify the corporate servicer as the company if the authorized agent is a servicer. Identifique al recaudador corporativo como la compañía si el agente autorizado es un recaudador.</p> <p>Address / Dirección <u>11032 Urb Monte Bello Calle #1 B8-</u> Number / Número Street / Calle <u>Villa 16a, P.R.</u> <u>00766</u> City / Ciudad State / Estado ZIP Code / Código postal</p> <p>Contact phone / Teléfono de contacto <u>787-486-0027</u> Email / Correo electrónico _____</p>

UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO / TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DISTRITO DE PUERTO RICO

Fill in this information to identify the case (Select only one Debtor per claim form) / Llene esta información para identificar el caso (seleccione solo un deudor por formulario de reclamación).		
<input checked="" type="checkbox"/> Commonwealth of Puerto Rico El Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03283	Petition Date: May 3, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Sales Tax Financing Corporation (COFINA) La Corporación del Fondo de Interés Apremiante de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03284	Petition Date: May 5, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Highways and Transportation Authority La Autoridad de Carreteras y Transportación de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03567	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico El Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03566	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Electric Power Authority La Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico	Case No. 17-bk-04780	Petition Date: July 2, 2017

RECEIVED  
2018 JUN 22 A 8:01

Modified Official Form 410 / Formulario Oficial 410 Modificado

Proof of Claim / Evidencia de reclamación

04/16

Read the instructions before filling out this form. This form is for making a claim for payment in a Title III case. Do not use this form to make a request for payment of an administrative expense, other than a claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9). Make such a request according to 11 U.S.C. § 503.

Filers must leave out or redact information that is entitled to privacy or subject to confidentiality on this form or on any attached documents. Attach redacted copies of any documents that support the claim, such as promissory notes, purchase orders, invoices, itemized statements of running accounts, contracts, judgments, mortgages, and security agreements. Do not send original documents; they may be destroyed after scanning. If the documents are not available, explain in an attachment.

Lea las instrucciones antes de completar este formulario. Este formulario está diseñado para realizar una reclamación de pago en un caso en virtud del Título III. No utilice este formulario para solicitar el pago de un gasto administrativo que no sea una reclamación que reúna los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b) (9) del U.S.C. Ese tipo de solicitud debe realizarse de conformidad con el Título 11 § 503 del U.S.C.

Quienes presenten la documentación deben omitir o editar información que reúna los requisitos para ser tratada con privacidad o confidencialidad en este formulario o en cualquier otro documento adjunto. Adjunte copias editadas de cualquier otro documento que respalde la reclamación, tales como pagarés, órdenes de compra, facturas, balances detallados de cuentas en funcionamiento, contratos, resoluciones judiciales, hipotecas y acuerdos de garantías. No adjunte documentos originales, ya que es posible que los documentos adjuntos se destruyan luego de analizarlos. En caso de que los documentos no estén disponibles, explique los motivos en un anexo.

Fill in all the information about the claim as of the Petition Date.

Complete toda la información acerca de la reclamación a la fecha en la que se presentó el caso.

Part 1 / Parte 1	Identify the Claim / Identificar la reclamación
1. Who is the current creditor?	
¿Quién es el acreedor actual?	<u>Sonia González Cintrón</u> Name of the current creditor (the person or entity to be paid for this claim) Nombre al acreedor actual (la persona o la entidad a la que se le pagará la reclamación)
	Other names the creditor used with the debtor Otros nombres que el acreedor usó con el deudor

HORAS		TARIFA		DEVENGADO		DEDUCCIONES		
		DESC.	MES CORRIENTE	ACUMULADO				
		REGUL	1241.00	2482.00	DESC.	MES CORRIENTE	ACUMULADO	
		DIFER	120.00	240.00	ADV.	341.66		
					FICA	84.38	168.76	
					CRT	90.55	181.10	
					MEDIC	19.73	39.46	
					60010	63.00	126.00	
					PENSN	88.94	177.88	
					EASVG	37.23	74.46	
					EAINS	7.00	14.00	
					57000	239.71	479.42	
					71000	47.15	94.30	
TOTAL			1361.00	2722.00				

CARROO CUI TERMINA	FECHA	NUMERO CHEQUE
02/28/93	02/26/93	02171077

NUM. PUESTO	NUM. SEGURO SOCIAL	PAGA NETA
-------------	--------------------	-----------

NO482

-4816

341.65

SONIA

SICK =

SICKL = 742.50

CENTRO SALUD MENTAL DE &OAMO P.R.

TOTAL ► 677.69

1355.38

GONZALLZ CINTRON

VACAT = 288.75

# Evidencia de anualidades de Plan de Retiro del Retiro Central de Pensionados del Gobierno de Puerto Rico

Formulario **480.7C**

Form  
Rev. 09-18

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
Departamento de Hacienda - Department of the Treasury  
DECLARACION INFORMATIVA - PLANES DE RETIRO Y ANUALIDADES  
INFORMATIVE RETURN - RETIREMENT PLANS AND ANNUITIES

AÑO CONTRIBUTIVO - TAXABLE YEAR: 2015

☐ Separado - Annuitant:               

**S150013**

Número de Confirmación de Radicación Electrónica  
Electronic Filing Confirmation Number

INFORMACION DEL PAGADOR - PAYER'S INFORMATION		INFORMACION DE QUIEN RECIBIÓ EL PAGO - PAYEE'S INFORMATION	
Núm. de Identificación Patronal - Employer's Identification Number	660433481	Núm. de Seguro Social-Social Security No.	4816
Nombre - Name	RETIRO CENTRAL PENSIONADOS	Nombre - Name	SONIA GONZALEZ CINTRON
Dirección - Address	AVENIDA PONCE DE LEON #437 HATO REY, PR 00840	Dirección - Address	URB MONTE BELLO BOX 11032 VILLALBA, PR 00766-2356
Forma de Distribución - Form of Distribution:		Tipo de Plan o Anualidad - Plan or Annuity Type:	
<input checked="" type="checkbox"/> Total Lump Sum <input type="checkbox"/> Partial Partial <input type="checkbox"/> Anualidad o Pagos Periódicos Annuity or Periodic Payments		<input checked="" type="checkbox"/> Gubernamental Governmental <input type="checkbox"/> Privado Calificado Qualified Private <input type="checkbox"/> No Calificado Non Qualified	
		Fecha en que comenzó a recibir lo pagado - Date on which you started to receive the payment Día Day 16 Mes Month 07 Año Year 1997	
1. Aportación Via Transferencia Rollover Contribution		16. Cantidad Distribuida Amount Distributed	
2. Distribución Via Transferencia Rollover Distribution		17. Cantidad Tributable Taxable Amount	
3. Coste de la Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity		18. Cantidad sobre la cual se Pagó por Adelantado bajo las Secciones 1023.21, 1024.01(a)(5) o 1012D(b)(5) - Amount over which a Prepayment was made under Sections 1023.21, 1024.01(a)(5) or 1012D(b)(5)	
4. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund		19. Desglose de Cantidad Distribuida Breakdown of Amount Distributed	
5. Contribución Retenida sobre Anualidad o Pagos Periódicos Tax Withheld from Annuity or Periodic Payments		A. Aportaciones Diferidas Deferred Contributions	
6. Contribución Retenida sobre una Distribución Total (20%) Tax Withheld from Lump Sum Distributions (20%)		B. Aportaciones Voluntarias After-Tax Contributions	
7. Contribución Retenida sobre una Distribución Total (10%) Tax Withheld from Lump Sum Distributions (10%)		C. Ingresos Ganados Income Accretion	
8. Contribución Retenida sobre una Distribución Total (5%) Tax Withheld from Lump Sum Distribution (5%)		D. Otros Others	
9. Contribución Retenida sobre otras Distribuciones de Planes Calificados (10%) - Tax Withheld from Other Distributions of Qualified Plans (10%)		E. Total (Suma Líneas 18A a la 18D) Total (Add Lines 18A through 18D)	
10. Contribución Retenida sobre Distribuciones de Planes No Calificados - Tax Withheld from Other Distributions of Non Qualified Plans		20. Código de Distribución Distribution Code	
11. Contribución Retenida sobre Transferencia de un Plan Calificado a una cuenta de Retiro Individual No Deductible - Tax Withheld from Rollover of a Qualified Plan to a Non Deductible Individual Retirement Account		Razones para el Cambio Reasons for the Change	
12. Contribución Retenida sobre Distribuciones del Programa de Cuentas de Ahorro para el Retiro (10%) - Tax Withheld from Distributions from the Retirement Savings Account Program (10%)			
13. Contribución Retenida sobre Transferencia del Programa de Cuentas de Ahorro para el Retiro a Cuenta de Retiro Individual No Deductible (10%) - Tax Withheld from Rollover of the Retirement Savings Account program to a Non Deductible Individual Retirement Account (10%)			
14. Contribución Retenida sobre Distribuciones a No Residentes Tax Withheld from Nonresident's Distributions			
15. Contribución Retenida sobre Otras Distribuciones Tax withheld from Other Distributions			
Número de Cuenta Account Number	583-28-4816	Número Control Control Number	000352431
		Número Control de la Declaración Informativa Original Control Number of Original Informative Return	

FECHA DE RADICACIÓN: 25 DE FEBRERO O 30 DE AGOSTO, SEGUN APLIQUE, VEA INSTRUCCIONES-FILE DATE: FEBRUARY 25 OR AUGUST 30, AS APPLICABLE, SEE INSTRUCTIONS  
ENVIAR ELECTRONICAMENTE AL DEPARTAMENTO DE HACIENDA. ENTREGAR DOS COPIAS A QUIEN RECIBE EL PAGO. CONSERVAR COPIA PARA SUS RECORDES.  
SEND TO DEPARTMENT OF THE TREASURY ELECTRONICALLY. DELIVER TWO COPIES TO PAYER KEEP COPY FOR YOUR RECORDS.

ADMINISTRACION DE LOS SISTEMAS DE RETIRO DE LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO Y LA JUDICATURA

Licencia de enfermera expedida por el Departamento de Salud del  
Gobierno de Puerto Rico

